


|   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
|  | FORMATO   | CÓDIGO: M-AD-FT-02      |
|   |   | FECHA: Abril 30 de 2020 |
|   | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO<br/>ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS BAJAS<br/>DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA</b> | VERSIÓN: 04             |
|   |   | PAGINACIÓN: 1 de 2      |

### 1. ¿Qué es una Endoscopia Digestiva Baja?

Es un procedimiento médico que permite visualizar órganos como el **Ano, Recto e Intestino Grueso o Colon**.

### 2. ¿Para qué sirve?

El procedimiento médico de la colonoscopia sirve para diagnosticar la presencia o ausencia de enfermedades del el Ano, Recto y Colon y así mismo sirve para realizar el tratamiento de algunas lesiones que se encuentren en esta parte baja del sistema digestivo.

### 3. ¿Cómo se realiza?

El procedimiento médico que se realiza bajo sedación. Consiste en introducir por el Ano un instrumento de fibra óptica (videocolonoscopia), que va conectado a una cámara de video y por el cual se insufla aire lo que permite ver desde la pantalla el interior de la zona examinada.

Este procedimiento médico requiere de una preparación especial de su colon, la cual combina una dieta líquida y unos medicamentos (laxantes) que se aplican vía oral y vía rectal el día antes a su examen. Esta preparación le fue entregada en el momento en el que usted pidió su cita.

Es necesario que usted sepa que durante el examen puede sentir sensación de pujos, deseos de defecar y sentirse el abdomen hinchado lo cual es normal debido a la insuflación de aire al interior del intestino.

Antes del examen debe informar si tiene alguna enfermedad cardiaca, respiratoria, hipertensión, diabetes, psiquiátricas u otras; si toma medicamentos diariamente, si es alérgico a algo y si lo han operado del algo recientemente.

### 4. ¿Qué riesgos tiene?

La Endoscopia Digestiva es un procedimiento seguro y bien tolerado, pero también existen algunos riesgos y consecuencias asociadas al procedimiento. Las complicaciones son muy raras (menos de un caso por cada 1000 personas), tales como:


- Perforación de alguna parte del colon, dolor, bacteremia, sepsis. Sangrado o hemorragia en el lugar de la biopsia, leucocitosis, fiebre, taquicardia, ulceración, estenosis, laceración de la mucosa superficial, rupturas vasculares, broncoaspiración (paso de contenido gástrico o intestinal a los pulmones), enclavamiento del cuerpo extraño, infección, mediastinitis y/o peritonitis.
- Reacción adversa al sedante, flebitis química, infección, extravasación de medicamentos, hematomas, embolia gaseosa, lesión de nervios periféricos, dolor, tumefacción, punciones venosas fallidas.
- En algunos casos el manejo de estas complicaciones requieren hospitalización y/o cirugía. Cabe resaltar que como es un procedimiento invasivo, su complicación más grave sería la **muerte**.
- COVID-19:** Se aclara que aunque se cumplan con los protocolos de atención, las medidas de prevención, el uso de los elementos de protección personal de los colaboradores asistenciales y administrativos, el lavado de manos, el aislamiento social, el espaciamiento en las agendas médicas y demás medidas recomendadas por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud de Colombia para contener su propagación, por ser un virus altamente contagioso, todo **paciente y/o su acompañante** desde su traslado de residencia hasta llegar a Endocirujanos y durante su estancia, está en riesgo de contagio y tiene la posibilidad de sufrir la enfermedad Coronavirus COVID-19 con su presentación clínica, sus complicaciones o **muerte**.

Por lo que se solicita estar atento a las recomendaciones antes, durante y después del procedimiento.

La sedación para el procedimiento es recomendable debido a que el estudio puede generar ansiedad en algunos pacientes, y malestar o incomodidad al sentir el intestino lleno de aire; para ello se utilizan medicamentos vía intravenosa que pueden ocasionar reacciones cardiovasculares y/o pulmonares que podrían llevar a la depresión cardiorrespiratoria y alergia medicamentosa. Tras la sedación pueden aparecer síntomas como descenso de la presión arterial, aumento de las pulsaciones, dificultad respiratoria, agitación, mareo, náuseas, vómito y temblores; molestias que en muy pocos casos pueden llegar a ser complicaciones. La unidad de endoscopia cuenta con todo el equipo de reanimación y personal capacitado para asistir cualquier imprevisto.

### 5. ¿Qué beneficios tiene?

En su actual estado de salud, los beneficios que indican realizar este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado, ya que tendrá un diagnóstico inmediato de alguna enfermedad digestiva facilitando el tratamiento de forma oportuna.

|   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
|  | FORMATO   | CÓDIGO: M-AD-FT-02      |
|   |   | FECHA: Abril 30 de 2020 |
|   | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO<br/>ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS BAJAS<br/>DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA</b> | VERSIÓN: 04             |
|   |   | PAGINACIÓN: 2 de 2      |

## 6. ¿Hay otras alternativas?

Este estudio tiene como alternativa métodos de imagenología, los cuales permiten ver las lesiones pero no pueden diferenciar los tumores benignos de malignos y tampoco realizar tratamientos.

### DECLARACION Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, en forma libre y voluntariamente, DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A, en virtud de los derechos y con base en la LEY 23 de 1981 DECRETO REGLAMENTARIO 3380 de 1981 y la LEY 1438 de 2011, y en consecuencia, he comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento a **ENDOCIRUJANOS** como empresa legalmente constituida y habilitada para prestar servicios de salud, así como a los profesionales de la salud que en ella laboran, para que se me practique el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico denominado:

**PROCEDIMIENTO:** \_\_\_\_\_

Bajo sedación Endovenosa: **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

**ENDOCIRUJANOS** y los profesionales de la salud que la conforman, quedan con autorización para llevar a cabo procedimientos adicionales tanto diagnósticos (biopsia y otros), como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis, sondas o las que se considere en ese momento para mejorar mi estado de salud), que sean aconsejables durante la misma; a los autorizados en el punto anterior, si en el curso del mismo se llegare a presentar una situación advertida o imprevista que a juicio del médico los haga aconsejables. Consiento la administración de medicación que sea necesaria o aconsejable para la mejor realización del procedimiento. Igualmente consiento el uso de cámaras de video en el área de recuperación, mismas que solo tienen carácter de control y supervisión como parte del programa seguridad del paciente.

Declaro que he recibido amplias y suficientes explicaciones del procedimiento a que me voy a someter, lo mismo que de sus riesgos, molestias, complicaciones e imprevistos, las cuales considero satisfactorias. He sido advertido (a) de que dicho examen o tratamiento que me van a practicar compromete una actividad médica de medios y no de resultados.

Se me ha explicado que el tiempo de estancia en la institución es de 2 a 3 horas por tanto el acompañante debe ser mayor de edad que se encuentre en buenas condiciones generales, y estar en sala de espera antes, durante y después del procedimiento.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

Doc. De Identidad:

Dirección:

Teléfono:

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL TESTIGO**

Doc. De Identidad:

Parentesco:

Teléfono:

### DECLARACION Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, **Doctor** \_\_\_\_\_ he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**